FACULTÉ DE MÉDECINE DE STRASBOURG

ANNÉE 1939

N° 76

Thèse présentée pour le Doctorat en médecine

PAR

Paul GAILLARD

Né à Saint-Martin-Labouval (Lot), le 16 Août 1914

LES PHLEGMONS PÉRINÉPHRÉTIQUES LIGNEUX

Diagnostic précoce des phlegmons périnéphrétiques à marche très lente

Président : M. CASTAIGNE, Professeur

CLERMONT-FERRAND
IMPRIMERIE MODERNE, 15, RUE DU PORT

1939

FACULTÉ DE MÉDECINE DE STRASBOURG

ANNÉE 1939 N°

Thèse présentée pour le Doctorat en médecine

PAR

Paul GAILLARD

Né à Saint-Martin-Labouval (Lot), le 16 Août 1914

LES PHLEGMONS PÉRINÉPHRÉTIQUES LIGNEUX

Diagnostic précoce des phlegmons périnéphrétiques à marche très lente

Président : M. CASTAIGNE, Professeur

CLERMONT-FERRAND
IMPRIMERIE MODERNE, 15, RUE DU PORT

1939

FACULTÉ DE MEDECINE DE STRASBOURG

Doyen ..... MM. A. FORSTER ✲ ⚜ I.
Assesseur ..... G. SCHAEFFER ✲ ⚜ I.

PROFESSEURS TITULAIRES

Clinique médicale B ..... MM. AMBARD ✲ ⚜ I.
Embryologie et Tératologie ..... ANCEL ✲ ⚜ I.
Clinique neurologique ..... BARRE ✲ ⚜ I.
Histologie ..... BOUIN ✲ ⚜ I.
Clinique O. R. L. ..... CANUYT ✲ ⚜ I.
Anatomie ..... FORSTER ✲ ⚜ I.
Clinique chirurgicale A ..... LERICHE ✲ ⚜ I.
Chimie biologique ..... NICLOUX ✲ ⚜ I.
Hygiène et Bactériologie ..... OBERLING ✲ ⚜ I.
Clinique dermatologique ..... PAUTRIER ✲ ⚜ I.
Clinique psychiâtrique ..... PFERSDORFF ✲ ⚜ I.
Clinique ophtalmologique ..... REDSLOB ✲ ⚜ I.
Clinique gynécologique et Accouchements REEB ⚜ I.
Clinique infantile ..... ROHMER ✲ ⚜ I.
Physiologie ..... SCHAEFFER ✲ ⚜ I.
Pharmacologie ..... SCHWARTZ ⚜ I.
Médecine légale et Médecine sociale .... SIMONIN ✲ ⚜ A.
Hydrologie et Climatologie ..... VAUCHER ✲ ⚜ I.
Physique biologique ..... VLÈS ✲ ⚜ I.
Clinique chirurgicale B ..... WEISS ✲ ⚜ A.

PROFESSEURS SANS CHAIRE

Histologie ..... MM. Aron ✲ ⁂ I.
Anatomie ..... Bellocq ✲ ⁂ I.
Anatomie pathologique ..... Géry ⁂ I.

CHARGÉS DE COURS ET AGRÉGÉS

MM. Callot. MM. Fontaine ⁂ A. MM. Gelma ✲ ⁂ I.
Gunsett ✲ ⁂ I. Hanns ✲ ⁂ I. Humbert ✲ ⁂ A.
Kayser ⁂ A. Keller ⁂ I. Kreis ⁂ A.
Romey ✲ ⁂ A. Reiss ⁂. Stahl.
Tulasne. Waitz ⁂. Wolf ✲ ⁂ A.
Thivolle ⁂ A.

CHARGÉS D'UN COURS COMPLÉMENTAIRE

M. Roederer ⁂ I. M. Meyer Marcel ⁂ I. M. Simon ✲ ⁂ A.

PROFESSEURS HONORAIRES

M. Chavigny ✲ ⁂ I. M. Stolz ✲ ⁂ I. M. Weill ✲ ⁂ I.

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des maîtres de cette école, de mes chers condisciples, je promets et je jure au nom de l'Etre suprême d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.

Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe.

Ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Respectueux et reconnaissant envers mes maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis resté fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !

A MES GRANDS-PARENTS

A MON PÈRE

A MA MÈRE

Témoignage de profonde affection et de filiale reconnaissance.

A MA SŒUR

A TOUS LES MIENS

A NOTRE MAITRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR CASTAIGNE

Professeur de Clinique Médicale
Médecin des Hôpitaux de Paris
Directeur de l'Ecole de plein exercice de Médecine
et de Pharmacie de Clermont-Ferrand
Membre associé national de l'Académie de Médecine
Commandeur de la Légion d'Honneur.

Il nous a fait le très grand honneur d'accepter la présidence de cette thèse, nous donnant une nouvelle marque de la grande bonté et de la bienveillance qu'il n'a cessé de nous témoigner au cours de nos études. Qu'il veuille bien trouver ici un faible témoignage de notre très respectueuse reconnaissance.

A NOTRE JURY DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR FORSTER

Doyen de la Faculté de Médecine de Strasbourg
Professeur d'Anatomie
Chevalier de la Légion d'Honneur.

MONSIEUR LE PROFESSEUR BOUIN

Professeur d'Histologie à la Faculté de Médecine de Strasbourg
Membre associé national de l'Académie de Médecine
Membre correspondant de l'Institut
Officier de la Légion d'Honneur.

MONSIEUR LE PROFESSEUR GÉRY

Professeur d'Anatomie pathologique
à la Faculté de Médecine de Strasbourg.

Respectueux hommages.

A NOTRE MAITRE

MONSIEUR LE PROFESSEUR DIONIS DU SEJOUR

Professeur de Clinique chirurgicale
Chirurgien de l'Hôtel-Dieu
Membre associé national de l'Académie de Chirurgie
Officier de la Légion d'Honneur.

dont nous avons eu l'honneur d'être l'interne et qui nous a toujours témoigné la plus grande bienveillance. Cette thèse a été conçue dans son Service et il a bien voulu s'intéresser à sa réalisation. Qu'il soit assuré de notre respectueuse reconnaissance et de notre indéfectible attachement.

A NOTRE MAITRE

MONSIEUR LE PROFESSEUR DODEL

Docteur ès-Sciences
Lauréat de l'Académie de Médecine
Professeur de Physiologie
Médecin de l'Hôpital Général.

Depuis quatre ans nous sommes son collaborateur. Les années passées dans son laboratoire ont marqué d'une vive empreinte physiologique notre formation médicale. Nous sommes heureux de lui dire une fois encore notre reconnaissance pour l'honneur qu'il nous a fait en nous choisissant comme préparateur.

A Monsieur le Professeur MERLE

Professeur de Clinique médicale
Médecin de l'Hôtel-Dieu
Chevalier de la Légion d'Honneur.

A Monsieur le Professeur PAILLARD

Professeur de Pathologie interne
Chevalier de la Légion d'Honneur.

A Monsieur le Docteur ARNAL

Ancien Interne des Hôpitaux de Paris.

Témoignage de gratitude pour les conseils qu'il a bien voulu nous donner dans la réalisation de cette thèse.

A NOTRE MAITRE

MONSIEUR LE PROFESSEUR ACKERMANN

Professeur de Médecine légale
Médecin de l'Hôtel-Deu.

Témoignage de reconnaissance pour l'enseignement qu'il nous a donné pendant notre internat dans son Service.

A NOTRE MAITRE

MONSIEUR LE DOCTEUR ODILON-MARTIN

Médecin de l'Hôtel-Dieu
Chevalier de la Légion d'Honneur.

En reconnaissance de la bonté qu'il a bien voulu nous témoigner pendant que nous avons été son interne.

A NOTRE MAITRE

MONSIEUR LE DOCTEUR JEAN TERRASSE

Ancien Interne des Hôpitaux de Paris
Professeur suppléant de Clinique médicale
Médecin des Hôpitaux.

Témoignage de respectueuse sympathie et de vive admiration de son ancien interne.

A NOTRE MAITRE ET AMI

MONSIEUR LE DOCTEUR GASTON DASTUGUE

Lauréat de l'Académie de Médecine
Professeur suppléant de Physiologie
Pharmacien en Chef des Hôpitaux
Docteur ès-Sciences.

Il nous sera toujours agréable de nous souvenir des longues heures passées ensemble au Laboratoire de Physiologie. Heures de détente et de travail auprès d'un Maître qui a bien voulu nous honorer de son amitié.

A Monsieur le Docteur Edmond DECHAMBRE

Chef du Service d'Electro-Radiologie de l'Hôtel-Dieu
Chargé de Cours à l'Ecole de Médecine
Chevalier de la Légion d'honneur.

A Monsieur le Professeur LIMOUSIN

de l'Institut Pasteur de Paris
Professeur d'Anatomie pathologique
Chef de Laboratoire des Hôpitaux.

A Monsieur le Professeur VAURS

de l'Institut Pasteur de Paris
Professeur à l'Ecole de Médecine
Chef de Laboratoire des Hôpitaux.

A Monsieur le Docteur FRANÇOIS

Médecin de l'Hôpital Général
Chevalier de la Légion d'Honneur.

A Monsieur le Docteur PETIT

Professeur suppléant d'Anatomie pathologique
Médecin des Hôpitaux.

A Monsieur le Docteur JOUVE

Ancien Chef de Clinique médicale
Médecin assistant des Hôpitaux.

A Monsieur le Docteur CHOSSON

Chef de Clinique chirurgicale.

A tous nos Maitres

de l'Ecole de plein exercice de Médecine

et des Hôpitaux de Clermont-Ferrand

AVANT PROPOS

Le phlegmon périnéphrétique est une affection d'un polymorphisme extraordinaire. Les variétés cliniques se multiplient à l'infini. On rencontre des formes banales, avec une symptomatologie manifeste, « crevant les yeux » aussi bien que le vulgaire abcès chaud. A l'opposé, se situent ces formes insidieuses, lentes, évoluant parfois sur des mois et des mois, dans un tableau où les meilleurs signes s'estompent et déroutent jusqu'au bout le clinicien le plus averti. Quel est en effet le médecin ou le chirurgien qui, au chevet d'un malade, après des examens minutieux et réfléchis, n'a pas éliminé le phlegmon périnéphrétique pour se trouver quelques jours plus tard avec surprise en face de lui ?

Au cours de notre internat, dans le Service de clinique chirurgicale du Professeur Dionis du Séjour, à côté de phlegmons périnéphrétiques banaux, nous avons eu à deux reprises l'occasion de suivre très attentivement en collaboration avec le Docteur Arnal, deux malades dont il nous a paru intéressant de rapporter ici les observations et de les situer dans une étude d'ensemble des formes ligneuses des périnéphrites suppurées.

Ces cas nous avaient d'autant plus frappés que dans une observation il y eut erreur de diagnostic, erreur qui

fut encore renforcée lors de l'intervention chirurgicale et que dans l'autre observation, le diagnostic ne fut posé qu'à l'intervention.

Nous désignerons par phlegmon périnéphrétique ligneux, les phlegmons à évolution lente et qui traversent une longue période caractérisée anatomiquement par une réaction inflammatoire de la graisse périrénale qui acquiert une consistance presque cartilagineuse. Cette réaction ligneuse est dès son début un véritable phlegmon périnéphrétique en puissance. Toutes différentes sont les réactions scléreuses ou scléro-lipomateuses consécutives à des infections chroniques des reins : pyélonéphrite, lithiase, néphrite, tuberculose, etc... et qui ne sont pas susceptibles de s'abcéder.

*
* *

Avant d'exposer dans le détail l'histoire de nos deux malades, nous essayerons dans un premier chapitre de donner un aperçu pathogénique et anatomo-pathologique.

Dans les deux chapitres suivants, nous exposerons le tableau de l'évolution clinique des phlegmons ligneux et nous nous attacherons à montrer le rôle capital qu'est appelé à jouer dans le diagnostic l'examen radiologique, surtout après pyélographie.

Nous étudierons ensuite après avoir exposé nos observations, la fréquence de ces périnéphrites et la place à leur donner au milieu des diverses formes cliniques de phlegmons périnéphrétiques.

Enfin pour terminer, nous envisagerons quel doit être le traitement à appliquer dans ces cas particuliers si on a la chance de les diagnostiquer assez tôt, chose qui s'avère des plus difficiles.

CHAPITRE I

PATHOGÉNIE

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Il n'est pas besoin de rappeler la grande importance qu'il faut attacher aux infections périphériques ou viscérales les plus minimes comme pouvant être à l'origine de tout phlegmon périnéphrétique.

A partir de ces lésions banales, les microbes vont être véhiculés dans le torrent sanguin et arriver au rein. Cet organe vascularisé à l'extrême, habitué à éliminer de grandes quantités de microbes, peut laisser envahir son parenchyme surtout dans sa corticalité et cela peut être à cause du système vasculaire glomérulaire. Nous sommes ainsi amenés à mettre en relief une fois de plus l'importance de l'abcès du cortex rénal dans le mécanisme de production de la périnéphrite inflammatoire.

Quel est le processus qui entre en jeu ? La rupture de la poche purulente paraît être fréquente. Mais on ne doit pas exclure la voie artérielle, veineuse ou lymphati-

que ; les anastomoses avec la loge rénale se retrouvent en effet pour les trois systèmes.

Dans tous les cas, le tissu périrénal, comme le tissu adipeux en général, résiste très mal à l'infection. A partir du point d'inoculation, la traînée inflammatoire va s'étendre très lentement, ne restant pas localisée comme cela peut arriver dans les suppurations franches. Le rein est ainsi petit à petit entièrement enveloppé d'une deuxième capsule, d'une coque épaisse et inextensible qui acquiert une dureté aussi grande et quelquefois plus que celle du cartilage. A ce moment, on peut encore cliver et séparer le rein de cette deuxième capsule.

Mais ce n'est encore là qu'un stade de début ; peu à peu, dans une période pouvant s'étendre sur de longs mois, cette lignification périrénale va gagner de tous côtés ; il semble que l'on puisse avec assez de justesse comparer cette infiltration implacable à celle d'un néoplasme malin. Les limites de la loge rénale sont envahies et la fosse lombaire transformée en un bloc dur, adhérent de toute part aux côtes, à l'os iliaque, au psoas. L'opérateur intervenant à ce stade ne trouvera plus aucun plan de clivage, sera complètement désarmé et se contentera de faire une biopsie avant de refermer. Pour achever la confusion, le fragment prélevé montrera un tissu dur, lardassé, d'aspect marron cuit. Seul l'histologiste pourra redresser l'erreur.

Après des mois, avec une lenteur déconcertante, cette masse ligneuse finira sans doute par s'abcéder et l'on aura une collection périrénale bien collectée. Combien durera cette évolution ? Il est difficile de donner une réponse catégorique, mais on peut penser que c'est une question de plusieurs mois.

D'autres fois, la masse périrénale pourra fondre partiellement pour réapparaître quelques mois plus tard.

On pourra même avec un traitement médical approprié, assister à une résolution complète et définitive.

Evidemment, ainsi schématisée, cette évolution n'est qu'une reconstruction à la suite de déductions tirées de quelques observations cliniques saisies à des stades différents. Il est en effet impossible de suivre chez le même malade l'évolution anatomique ; cependant, ainsi retracée, elle nous paraît correspondre à la réalité.

*
* *

Certes, le mode d'inoculation de la capsule adipeuse du rein, qu'il se fasse directement par simple bactériémie ou après un stade de suppuration corticale, ainsi que nous venons de le voir, n'appartient pas en propre aux formes ligneuses. Si nous nous sommes permis d'insister sur ce dernier mécanisme, c'est que nous avons observé le cas très suggestif suivant :

Mme B.., 27 ans.

Cette malade souffre depuis quelques semaines de sa fosse lombaire gauche, avec exagération de la douleur à la marche et à la fatigue. Après quelques jours, la température vespérale monte à 39° ou 39°5 et s'accompagne de frissons. Le Dr Arnal pratique un cathétérisme urétéral le 2-6-39 avec séparation des urines (tableau p. 22) et pyélographie rétrograde. La pyélographie montre une image de rein polykystique (voir figure I). On décide d'intervenir.

Séparation des urines

Mme B.., 27 ans.

REIN DROIT	REIN GAUCHE
Cytologie :	*Cytologie :*
Des leucocytes en quantité notable.	Rares leucocytes.
Nombreuses hématies.	Nombreuses hématies.
Bactériologie :	*Bactériologie :*
Pas de germes à la culture.	Pas de germes à la culture.
Recherche des bacilles de Koch : négative.	Recherche des bacilles de Koch : négative.
Chimie :	*Chimie :*
Volume : . 26 cc.	Volume : . 13 cc.
Urée : ... 16 gr. 5	Urée : ... 10 gr.
Chlorures : 11 gr.	Chlorures : 5 gr. 85
P. S. P. : . 40 %	P. S. P. : . 25 %

(Pr VAURS.)

Opération le 7 juin 1939

Anesthésie générale Gomether

Chirurgien : Dr Arnal

Incision lombaire gauche. L'incision de la capsule adipeuse n'ouvre pas le plan de clivage habituel, une adhérence totale existant entre la capsule propre et la capsule adipeuse. On doit donc utiliser le plan sous-capsulaire, grâce auquel on arrive, non sans peine à isoler tout le rein. On ne peut néanmoins isoler correctement le pédicule qui reste très adhérent au centre d'une zone d'induration extrêmement accentuée. En pénétrant au doigt dans la hile du rein, on arrive néanmoins à le dégager suffisamment pour pouvoir mettre un clamp coudé de Legueu. On peut alors enlever le rein. Hémostase. On laisse une mèche iodoformée et un gros drain. Paroi en 3 plans que l'on ne ferme que partiellement.

La coupe de la pièce montre que le rein est criblé de petits abcès dispersés dans tout le parenchyme à la manièrs des kystes d'un rein polykystique. Cette disposition anatomique explique l'aspect particulier de la pyélographie Ces abcès contiennent un pus crémeux, épais.

Après coup, la malade déclare avoir présenté au début de son affection une poussée de furonculose.

***

Cette observation montre bien le rôle de la suppuration du parenchyme rénal dans la contamination de la capsule adipeuse du rein. Il y avait dans ce cas une réaction scléreuse de la graisse périrénale déjà adhérente à la capsule propre avec lignification particulièrement intense au niveau du hile ; cependant il ne semble pas que l'on se trouve en face d'un processus aussi lent que celui envisagé au début de ce chapitre, ni même silencieux,

insidieux dans une longue période de début, ainsi que nous le verrons dans l'étude clinique. En effet, pour aboutir à la forme ligneuse de la périnéphrite inflammatoire, il faut, semble-t-il, à côté de dispositions, de défenses humorales particulières, un microbisme moins massif, moins virulent, plus latent, ce n'est pas le cas de cette malade, si l'on en juge par la réaction fébrile, intense, avec phénomènes généraux marqués, l'atteinte massive du rein et la rapidité relative de l'évolution. Le premier plan de l'histoire clinique est ici occupé par les abcès ; la réaction ligneuse n'est que l'accessoire. Nous retiendrons donc cette observation au point de vue pathogénique, mais nous devons la rejeter du cadre du phlegmon ligneux.

*
* *

Dès le début de l'affection, sa nature inflammatoire est prouvée par les microbes que l'on peut mettre en évidence dans la gangue réactionnelle, et cela en dehors de toute suppuration. Dans notre observation II, nous avons eu l'idée de faire ensemencer des milieux de culture avec un fragment prélevé aseptiquement au cours de l'intervention et le Professeur Vaurs a obtenu du staphylocoque doré.

Est-ce le staphylocoque doré qui est toujours en cause ? Nous ne saurions l'affirmer et nous ne le pensons pas. Mais ce microbe est un de ceux qui donnent souvent des inflammations restant longtemps latentes et évoluant lentement.

Deux infections chroniques : la tuberculose et la syphilis peuvent donner des périnéphrites ligneuses. En particulier, M. Duvergey a rapporté une intéressante observation concernant une femme spécifique chez laquelle il intervient et pense se trouver en présence d'un

cancer qu'il juge inextirpable ; le traitement spécifique amena une guérison rapide.

Si la périnéphrite tuberculeuse peut aboutir à la formation d'un abcès froid périrénal, il n'en est pas de même de la périnéphrite syphilitique. La périnéphrite syphilitique n'étant pas susceptible de s'abcéder, ne doit pas entrer dans le cadre du phlegmon ligneux.

*
* *

Au point de vue histologique, on trouve dans ces phlegmons ligneux les signes d'une inflammation subaiguë et banale. Dans le cas de l'observation de M. Bonneau que nous résumons au chapitre V, l'examen microscopique a montré des débris de surrénale, des fibres musculaires en dégénérescence graisseuse et atrophique. Ce fait particulier qui a pu être mis en évidence grâce à une exerèse large pratiquée par l'opérateur, montre bien ce processus envahissant, ne respectant rien, auquel nous faisions allusion dans un paragraphe précédent.

CHAPITRE II

ÉTUDE CLINIQUE

Les suppurations ligneuses périrénales évoluent, ainsi que nous l'avons vu, avec une lenteur extrême, pouvant s'étendre sur plusieurs mois. On conçoit donc que l'aspect clinique sera totalement différent suivant le stade où sera vu le malade.

*
* *

Dans la majorité des cas, un phlegmon périnéphrétique a un début très insidieux. Les formes ligneuses ne font pas exception à la règle, bien au contraire.

Comme toujours, il importe de bien rechercher les indices d'une infection antérieure. Depuis longtemps en effet, le souvenir du « petit bouton » ou d'une pyodermite des plus banales aura été effacé, lorsqu'un jour, le malade accusera une douleur lombaire.

Cette douleur sera souvent minime ; la palpation permet en général de retrouver son maximum dans l'angle costo-lombaire, avec irradiations plutôt descendantes, lombaires, abdominales ou crurales. Le travail, la fatigue, l'exagèrent.

En même temps, une petite poussée thérmique à 38°, parfois 38° 5, se produit et ne persiste guère au-delà de 24 ou 48 heures ; elle passera souvent inaperçue, surtout si l'on a devant soi un homme un peu résistant, accoutumé à ne pas s'observer, ainsi que cela arrive fréquemment.

Mais fait capital à ce stade de début, c'est qu'avec un peu de repos, en moins d'une semaine, tout va rentrer dans l'ordre. Le malade dans la majorité des cas n'aura pas consulté son médecin, satisfait de se diagnostiquer lui-même et avec raison, semblera-t-il à ce moment-là, un lumbago, « un chaud et froid », un « effort » ou tout autre maladie à auto-diagnostic facilement porté.

Et d'ailleurs, comment le médecin pourrait-il déjà penser à une périnéphrite, devant ce tableau clinique squelettique, ces douleurs minimes, ces signes généraux quasi nuls et avec au surplus, un retour à l'état absolument normal au bout de quelques jours de repos ?

Cet éclair douloureux et légèrement fébrile du début, nous paraît répondre au stade de rupture de l'abcès cortical qui inocule la graisse périrénale. Le tissu adipeux une fois infecté, l'inflammation va prendre un caractère torpide reflété par l'absence des signes cliniques à cette deuxième phase de l'évolution de la périnéphrite.

En effet, si le malade est vu après quelques jours de repos, on ne lui trouvera cliniquement rien ; sa fosse lombaire sera parfaitement souple, dépressible, absolument indolore. Un signe important est l'augmentation de volume du rein qui entouré de son corset de périnéphrite devient perceptible à la palpation, tout en restant encore mobile avec la respiration. Mais ceci peut être masqué par l'adiposité ou la musculature du sujet. Seul dans ce cas, un examen radiologique avec pyélographie survenant au deuxième stade de la maladie, pourra ainsi que nous le verrons au chapitre suivant, éveiller l'attention.

Cependant, il est un examen sur lequel on peut déjà compter dès le début : c'est l'examen hématologique. Il semble bien que l'on doive trouver avec une fréquence assez grande une anémie légère et surtout une hyperleucocytose avec polynucléose neutrophile, qui permettra sinon d'affirmer qu'il y a du pus « quelque part », du moins qu'il est en préparation, mais à une échéance peut-être lointaine.

Quel temps va durer cette phase de latence ? Un temps très variable, allant habituellement de quelques jours à plusieurs mois. Le malade reprendra donc ses occupations. Mais fatalement, la périnéphrite progressant, surviendra un retour offensif, plus ou moins hâté par la fatigue, le surmenage, un travail quotidien pénible. Un « point lombaire » persistant ira s'aggravant ; la lignification périrénale s'étendant, infiltrant toute la loge, gagnant ses parois, va provoquer au bout de quelques mois, des douleurs exagérées à la moindre fatigue, si bien que tout effort, tout travail sera devenu impossible et qu'un état général jusque-là des meilleurs commencera à être atteint.

A ce troisième stade marqué par la reprise de la douleur devenue intolérabe, on constatera une fosse lombaire plus ou moins contracturée, impalpable parfois tant l'examen est pénible. Ou bien au contraire on pourra percevoir la masse importante de la périnéphrite, dure, immobile avec les mouvements respiratoires. Mais toujours pas la moindre élévation thermique, ce qui restera le fait déconcertant et susceptible à tort de retarder une intervention curatrice. Un examen spécialisé avec pyélographie ne doit plus être remis ; le malade résolu à guérir acceptera une exploration malgré tout pénible, exploration qu'on aurait hésité à lui proposer et qu'il aurait refusée sans doute auparavant.

En effet, le chirurgien pour intervenir, était le plus

souvent obligé lorsque la pyélographie n'était pas pratiquée comme elle l'est aujourd'hui, d'attendre les signes d'une collection périrénale ; signes sur lesquels nous n'insisterons pas ici et qui peuvent survenir, ainsi que nous l'avons fait remarquer au début, au bout de plusieurs mois. Le tableau classique du phlegmon périnéphrétique suppuré est alors complet avec tous les phénomènes locaux et généraux, y compris la courbe thermique, qui affecte alors souvent le type oscillant.

Telle semble être schématiquement l'histoire clinique d'un phlegmon périnéphrétique passant par une phase ligneuse. On doit pouvoir rencontrer des formes cliniques où l'évolution douloureuse ne souffre aucune rémission, et inversement des cas où l'évolution ligneuse prédominant sur la face antérieure du rein ne se révèlera que tardivement et n'appellera pas impérieusement une pyélographie. Les formes où la périnéphrite prédomine au pôle inférieur du rein sont susceptibles de donner précocement une flexion de la cuisse sur le bassin.

Enfin, il arrivera que la maladie soit coupée de longues rémissions ; on percevra alors par périodes une grosse masse périrénale avec une poussée fébrile, puis tout rentrera dans l'ordre, la masse de périnéphrite regresse, la fosse lombaire redevient souple et libre ; quelques semaines plus tard on assistera à un retour offensif avec tous les signes au complet et ainsi de suite, jusqu'au jour où en l'absence de traitement la périnéphrite s'abcèdera. La courbe thermique de la maladie aura affecté un type ondulant. Ce caractère oscillant paraît dû à des poussées aiguës d'une infection chronique qui tient sous sa dépendance l'inflammation périodique de la graisse périrénale. On conçoit ici le rôle particulièrement heureux que peut jouer un traitement bien conduit.

***

Nous n'insisterons pas sur l'examen des urines séparées. Il peut faire ressortir la présence dans les urines d'un rein, de leucocytes, d'hématies, d'une bactériurie, d'une déficience fonctionnelle.

L'élimination unilatérale de leucocytes ou de microbes a une certaine importance diagnostique. Nous ne croyons cependant pas, que de la présence de tel microbe dans l'urine d'un rein, on puisse en inférer que ce soit lui qui est en cause obligatoirement dans la périnéphrite en évolution. Une déficience fonctionnelle unilatérale nous paraît avoir moins de valeur : dans notre observation II, bien que le rein fut étouffé par la sclérose, sa concentration était meilleure que celle du côté opposé. Quant à la présence d'hématies, elle est trop banale après un cathétérisme qui traumatise toujours un peu l'uretère pour que l'on puisse y attacher de l'importance.

Tous ces renseignements, hormi la présence des hématies ont un intérêt certain, mais ils nécessitent la pose de sondes urétérales ; or, dès l'instant où l'on met ces sondes, ils ne deviennent que le complément d'un examen radiologique après imprégnation des voies excrétrices par un liquide de contraste.

CHAPITRE III

ETUDE RADIOLOGIQUE

L'exploration radiologique rénale et périrénale doit être pratiquée de deux façons qui se complètent : d'abord sans préparation, et ensuite après opacification des voies excrétrices.

*
* *

Examen radiologique sans préparation

Cet examen est souvent négligé et abandonné au profit de l'image plus saisissante et plus directe que donne la pyélographie. Il est cependant susceptible d'aiguiller le diagnostic et sa brièveté d'exécution devrait le remettre en faveur. On tire de l'examen du diaphragme et de son dynamisme des indications quant à l'existence éventuelle d'une inflammation périrénale. Ces modifications du jeu diaphragmatique au cours des phlegmons périnéphrétiques ont été mises en relief par M. Chevassu.

Dans les formes ligneuses il semble qu'on doive les retrouver, mais légèrement modifiées suivant la période envisagée.

Tant que la réaction inflammatoire n'aura pas dépassé les limites de la loge rénale, on pourra constater soit une simple élévation de la coupole diaphragmatique correspondante, soit une diminution dans l'amplitude des mouvements de cette coupole. Ces modifications devraient être plus marquées dans le cas d'abcès cortical siégeant vers le pôle supérieur du rein, ensemençant ainsi tout d'abord la graisse périrénale la plus proche du diaphragme.

Il semble que l'immobilité diaphragmatique doive être plutôt constatée lorsque la périnéphrite, gagnant les parois de la loge rénale, adhèrera au diaphragme, le soudant ainsi dans une quasi rigidité, comme le ferait sans doute un gros néoplasme dont la période opératoire serait largement dépassée.

Nous n'avons pas une expérience suffisante de l'examen radioscopique sans préparation dans les phlegmons ligneux pour être affirmatifs. Mais ces quelques observations qui nous sont suggérées par l'évolution anatomique de la périnéphrite montrent quels enseignements non négligeables on peut tirer de l'examen du diaphragme et de son fonctionnement.

Un autre signe sur lequel nous n'insisterons pas, mais qui doit pouvoir se rencontrer comme dans certains phlegmons périnéphrétiques suppurés, c'est une légère réaction pleurale au niveau du sinus costo-diaphragmatique correspondant.

La radiographie sans préparation est susceptible, elle aussi, de donner quelques renseignements ; c'est ainsi que sur d'excellents clichés, comme il est souvent très difficile d'en réaliser, on pourrait voir une modifi-

cation de l'ombre périrénale ou du muscle psoas. Ce signe serait d'ailleurs plus facile à percevoir après urographie intraveineuse. Enfin, il sera sans doute possible de constater parfois une scoliose à concavité du côté malade.

Comme on le voit, l'examen radiologique sans préparation est susceptible de donner à quelques détails près, les modifications que l'on retrouve dans tout phlegmon périnéphrétique en général.

*
* *

Examen radiologique après opacification

Cet examen est capital dans les formes ligneuses. S'il ne permet pas toujours un diagnostic, il donne presque à coup sûr une indication formelle sur la nécessité qu'il y a d'aller explorer le rein après lombotomie.

La difficulté qui surgira en pratique sera de poser les indications de cet examen ; examen qui doit se faire par imprégnation directe du bassinet après cathétérisme des uretères.

L'urétéro-pyélographie après cathétérisme des uretères est chose simple et de pratique tellement courante, qu'en son absence l'urologiste ne peut concevoir l'examen complet d'une affection médico-chirurgicale des reins. Il n'en est pas moins vrai que cette exploration est traumatisante et ne saurait être pratiquée avec autant de facilité qu'une simple prise de sang par exemple. Il y a d'abord nécessité d'une hospitalisation brève. Ensuite même avec une technique impeccable il faut une anesthésie régionale (épidurale ou rachianesthésie) ou bien

le malade souffrira et gardera un bien mauvais souvenir. En effet, ici plus que pour tout autre affection, la réplétion d'un bassinet étranglé comme nous le verrons, par sa gangue de périnéphrite est affreusement douloureuse. Or, on pourra être amené à pratiquer un nouvel examen à peu de jours d'intervalle pour confirmer le premier cliché.

S'il faut donc user de la pyélographie avec mesure, il faut également savoir l'imposer quand un signe clinique en révèle la nécessité pour élucider un diagnostic. Et justement c'est la pauvreté clinique des périnéphrites ligneuses, leur symptomatologie capricieuse avec de grandes périodes de latence, qui feront que l'on ne songe pas assez à la radiographie, le diagnostic ne survenant que tardivement, alors que le malade aurait pu être soulagé beaucoup plus tôt.

Pourquoi se dira-t-on ne pas user de l'urographie intraveineuse, dont la technique est simple et dont on hésite beaucoup moins à en poser les indications ? C'est que, ainsi que nous allons le voir, pour porter un diagnostic de phlegmon périnéphrétique ligneux, il ne suffit pas d'une image d'ensemble, il est absolument indispensable d'avoir un cliché du bassinet imprégné dans ses moindres détails. Un contour flou, une diminution d'opacité, une amputation partielle ont parfois une importance capitale.

La pratique de l'urétéro-pyélographie est en elle-même simple. On place les sondes urétérales à 15 cm. environ. Sous contrôle radioscopique on pousse le liquide de contraste. D'emblée en cas de périnéphrite ligneuse on acquiert deux signes : dès les premiers centimètres cubes de liquide introduits on déclenche une douleur terrible et rapidement on s'aperçoit que la capacité du bassinet est considérablement réduite. Avant de prendre un cliché on pourra parfois remarquer — ainsi que

M. Chevassu l'a noté dans le phlegmon périnéphrétique — une diminution des mouvements ou même une quasi immobilité du rein pendant la respiration : il ne peut plus glisser avec aisance dans sa capsule adipeuse lignifiée. Les épreuves radiographiques vont être instructives au plus haut degré.

Les images obtenues s'expliquent par la compression exercée au niveau du bassinet et parfois des calices par la réaction ligneuse périrénale. Cette compression qui s'extériorise par une diminution très nette de l'opacité peut sans doute aller jusqu'à une amputation, orientant ainsi le diagnostic vers une tumeur maligne.

Nous reproduisons (fig. 2, 3 et 5) le détail du bassinet de nos malades, des observations I et II avant qu'ils soient opérés. On note que la portion intrarénale des calices est parfaitement injectée ; on devine le bassinet qui apparaît comme étranglé, à peine dessiné. La ligne de démarcation entre les calices et le bassinet est très marquée.

Il est évident que les résultats d'un tel examen sont des plus instructifs et des plus précieux quant à une indication opératoire. Cependant, quand on se trouve en présence d'un tableau clinique négatif, avec le simple souvenir d'une douleur lombaire calmée par le repos et qui a incité à demander un examen spécialisé, on peut hésiter entre la clinique et le laboratoire, hésiter à opérer. C'est ce qui est exactement arrivé pour notre malade II chez lequel à 3 jours d'intervalle nous avons refait une pyélographie à gauche. Une image exactement semblable à la première ayant été obtenue, on n'a pas plus hésité à « aller voir ». On avait sinon un diagnostic, du moins l'indice d'une chose anormale méritant d'être au moins explorée.

Il y a quelques mois, MM. Barge et Larraud, de l'Hôpital Maritime de Brest, publiaient à la Société Fran

çaise d'urologie, deux observations d'abcès du rein. Chez un de leurs malades, la pyélographie montrait une amputation nette des calices. Cette image était conditionnée en partie par de la périnéphrite concomittante à l'abcès, ainsi que cela fut retrouvé à l'intervention où les auteurs ont trouvé une atmosphère graisseuse épaissie. Une pyélographie pratiquée au moment de la guérison montrait une image normale.

A propos de la communication de MM. Barge et Larraud, M. Louis Michon apportait à la Société une observation de phlegmon périnéphrétique ligneux dont l'histoire opératoire et post-opératoire était exactement superposable à nos observations. Mais chez le malade de M. Michon, la compression portait sur le calice inférieur qui était sinon amputé, du moins très estompé.

Enfin la périnéphrite peut se manifester aussi au point de vue radiologique par un déplacement dans l'espace : l'image pyélo-calicielle est rejetée et asymétrique par rapport au côté sain.

Ainsi la radiographie au stade de lignification de la graisse périrénale donne des images qui sans être pathognomoniques sont d'excellentes indications à une intervention précoce. Il est vraisemblable que au fur et à mesure que le tissu inflammatoire se ramollit et suppure, on doive le plus souvent constater une tendance à un retour à la normale du pyélogramme. En effet, si l'on peut concevoir une collection périrénale avec un pyélogramme de topographie et d'aspect normaux, ce qui du reste est loin d'être toujours la règle surtout du point de vue topographique, il paraît difficile d'envisager un phlegmon ligneux sans une image de compression, voire d'amputation.

Dès leur guérison, nos malades avaient une pyélographie absolument normale,

*
* *

Au cours de ce chapitre, nous avons passé sous silence les résultats que peut donner la pyéloscopie. Nous ne l'avons pas pratiquée chez nos malades pour des raisons techniques, n'ayant que le moyen de contrôler grossièrement sous écran la pénétration du liquide de contraste. Mais il est certain que la lignification intense développée autour du bassinet modifie considérablement sa motricité et que l'image pyéloscopique serait des plus instructives. La pyéloscopie cependant ne peut être qu'un examen complémentaire, d'autant plus que la faible opacité pyélique telle quelle ressort de nos clichés, doit rendre l'observation minutieuse sous écran très aléatoire.

FIGURE 1

Fig. 2

Observation I. — Pyélographie avant l'intervention

Fig. 3

Observation I. — Détail du rein gauche avant l'intervention

FIG. 4

Observation I. — Rein gauche 1 mois après l'intervention

FIG. 5

Observation II. — Pyélographie avant l'intervention

Fig. 6

Observation II. — Rein gauche après l'intervention

CHAPITRE IV

DEUX OBSERVATIONS DE PHLEGMONS PÉRINÉPHRÉTIQUES LIGNEUX

Voici les deux observations détaillées de phlegmons périnéphrétiques ligneux que nous avons eu l'occasion de suivre durant notre internat dans le Service de clinique chirurgicale du Professeur Dionis du Séjour, en collaboration avec le Docteur Arnal, assistant d'urologie.

***

ODBSERVATION I

M. D., 32 ans, employé aux abattoirs.

Ce malade est tout d'abord hospitalisé à l'Hôtel-Dieu, dans le service de clinique médicale de M. le Professeur

Merle, le 2 Juillet 1938. Ce service nous l'envoie en consultation avec la note suivante :

« Pas d'antécédents importants sauf pleurite (?) en 1931. En mai 1938, gros amaigrissement ; petite glycosurie passagère avec petite hyperglycémie. Depuis juin 1938, point lombaire gauche ; pyurie intermittente ; l'amaigrissemnt se poursuit. Syndrome endocrinien : gros corps thyroïde sans Basedow, acromégalie fruste ; métabolisme basal augmenté de 40 %. Tension artérielle 12-8,5. Pas de température. B. W. négatif. Urée sanguine 0,38 ‰. »

La fosse lombaire gauche est en effet fort douloureuse et la palpation devenue impossible.

Sous rachianesthésie, le 19 juillet 1938, on fait une cystoscopie qui ne révèle rien d'important et un cathétérisme des uretères. Les sondes sont poussées facilement à 15 centimètres.

La division des urines donne les résultats consignés dans le tableau page 43.

Examen radiologique

La radiographie sans préparation est négative.

La pyélographie montre :

A droite un bassinet sensiblement normal.

A gauche l'injection de Tenebryl est très douloureuse et le bassinet n'admet que peu de liquide. Les calices sont correctement opacifiés et normaux. Le bassinet est à peine injecté ; il est estompé, comme écrasé.

Devant les douleurs continuelles et cette image pyélique, on décide d'intervenir, ce que le malade accepte d'avance comme une délivrance.

A noter que l'on ne trouve aucune trace d'antécédents infectieux.

OBSERVATION I

Séparation des urines

REIN DROIT	REIN GAUCHE
Cytologie :	*Cytologie :*
Quelques amas leucocytaires, mais rares et peu importants. Des hématies.	Nombreuses hématies, sans pus ni cellules anormales.
Bactériologie :	*Bactériologie :*
Pas de germes à la culture.	Enterocoques.
Chimie :	*Chimie :*
Volume ..... 40 cc.	Volume ..... 30 cc.
Urée ..... 12 gr.	Urée ..... 11 gr.
Chlorures ..... 7 gr.	Chlorures 6,3
P. S. P. ..... 25 %	P. S. P. ..... 20 %

(Pr VAURS.)

Opération le 29 Juillet 1938

Anesthésie générale : ETHER.

Chirurgien : Dr ARNAL.

Aide : GAILLARD.

Incision lombaire gauche. Sitôt le plan musculaire profond incisé on tombe sur une masse ligneuse, extrêmement dure qui a envahi absolument toute la loge rénale et adhère au diaphragme, aux côtes et jusqu'à l'aile iliaque. Il est impossible de la dissocier d'aucun côté. On pense à un cancer énorme. On prélève un fragment pour examen histologique. Macroscopiquement, il s'agit d'un tissu lardassé, d'aspect marron cuit. On ferme sur un drain.

Les suites opératoires sont très simples et absolument apyrétiques. Le drain est enlevé le 5e jour et la cicatrisation se fait rapidement sans suppuration.

Sans attendre le résultat de la biopsie on commence le traitement radiothérapique suivant :

« Sur la région rénale gauche, séances de 40 min. à raison de 2 par semaine. Grand cône Cu 1 mm. 200 KW. 500 r par séance. » (Dr DECHAMBRE).

Le résultat de l'examen histologique nous parvient : « Tissu scléreux d'origine inflammatoire. Aucun signe de néoplasie maligne. Aucun signe de tuberculose. » (Pr LIMOUSIN).

La douleur disparaît très vite. Le traitement radiothérapique est terminé le 23 août. Une pyélographie faite le 30 août 1938, montre un bassinet absolument normal.

Deux examens hématologiques avaient été demandés :

Le 8 Août 1939

Hématies	3.800.000	
Leucocytes	7.200	
Polynucléaires neutres		62
— éosinos		2
Lymphocytes		10
Moyens monos		11
Monocytes		15
		100

(Pr VAURS.)

Le 18 Août 1939 :

Hématies	3.850.000	
Leucocytes	8.000	
Polynucléaires neutres		78
— éosinos		2
Lymphocytes		6
Moyens monos		6
Monocytes		8
		100

(Pr VAURS.)

Le malade revu plusieurs fois est en excellente santé actuellement.

Cette observation appelle les remarques suivantes :

1° La douleur est continue, particulièrement forte depuis deux mois et ne s'accompagne d'aucune fièvre.

2° L'image pyélographique est du type décrit antérieurement : aplatissement du bassinet de cause extrinsèque, avec excellente opacification des calices. Le bassinet est de faible capacité et son imprégnation et très douloureuse.

3° La réaction ligneuse est intense, a tout envahi et fait porter pendant l'opération, le diagnostic de cancer.

4° Les suites opératoires se passent sans suppuration et sans fièvre.

5° La bactériurie à entérocoques. Etait-ce ce microbe qui était en cause ? Nous ne saurions l'affirmer puisque nous n'avons pas ensemencé de milieu de culture avec la biopsie.

6° Enfin, le résultat particulièrement brillant de la radiothérapie mérite d'être signalé : résultat sur lequel nous reviendrons ultérieurement.

***

OBSERVATION II

M. G.., 26 ans, bûcheron.

Ce malade entre le 11 Décembre 1938, dans le Service, salle Nélaton.

Il s'agit d'un garçon robuste qui a ressenti une douleur lombaire gauche, il y a deux semaines. Cette douleur est exagérée par son travail, à tel point, que depuis huit jours, il a dû s'aliter. La température a été prise et aurait fait un crochet à 38° ou 38°5 pendant 24 ou 48 heures.

Son médecin pense à un phlegmon périnéphrétique et l'envoie à l'Hôpital.

A son entrée à l'Hôtel-Dieu, la douleur spontanée a bien diminuée et va disparaître (il y a déjà huit jours que le malade garde le lit chez lui). A la palpation on ne relève pas de douleur marquée, sauf un léger point à l'angle costo-lombaire gauche. Il semble que l'on perçoive le pôle inférieur du rein gauche. Pas d'œdème de la fosse lombaire qui est très souple. Pas d'antécédents infectieux. La température est absolument normale. Tension artérielle 13-8.

Les signes cliniques en faveur d'une inflammation périrénale sont donc bien minimes pour ne pas dire nuls à l'entrée du malade dans le service.

Néanmoins, on décide de faire un examen plus complet. On demande une formule sanguine et on pratique un cathétérisme des uretères en vue d'une division d'urine et d'un examen radiologique.

Hématologie.

Le 12 Décembre 1938 :

Hématies	5.000.000	
Leucocytes	16.000	
Hémoglobine	100 %	
Polynucléaires neutros		88
— éosinos		2
Lymphocytes		3
Monocytes		7
		100

(Pr VAURS.)

Cathétérisme des uretères.

Le 12 Décembre 1938 :

Cystoscopie : Rien d'anormal, si ce n'est une vessie légèrement rouge.

Cathétérisme bi-latéral facile à 15 centimètres.

La division des urines donne les résultats consignés dans le tableau, page 49.

Examen radiologique.

La radiographie sans préparation est négative.

Pour le rein droit l'opacification est obtenue facilement.

Pour le rein gauche on ne peut pousser que quelques centimètres cubes de Ténebryl et on réveille des douleurs terribles.

Le cliché pris à ce moment montre :

A droite une image normale avec un bassinet légèrement dilaté.

A gauche les calices sont bien imprégnés ; il n'en est pas de même du bassinet qui reste très estompé.

Trois jours après on pratique un nouvel examen radiologique à gauche. L'image obtenue est identique.

Devant les résultats de l'examen radiographique, on décide qu'il y a lieu d'intervenir. Mais on n'a pas de diagnostic précis ; devant le tableau clinique absolument négatif et en dépit de la formule sanguine qui oriente vers une affaire infectieuse, on n'a pas l'impression qu'il s'agisse d'un phlegmon périnéphrétique.

OBSERVATION II

Séparation des urines

REIN DROIT	REIN GAUCHE
Cytologie :	*Cytologie :*
Du pus en assez grande quantité. Nombreuses hématies.	Nombreux amas leucocytaires. Assez nombreuses cellules difficiles à identifier à cause des altérations qu'elles ont subies, mais qui semblent bien cependant provenir du bassinet.
Bactériologie :	*Bactériologie :*
Pas de germes à la culture.	Pas de germes à la culture.
Pas de Bacilles de Koch.	Pas de Bacilles de Koch.
Chimie :	*Chimie :*
Volume ..... 33 cc.	Volume ..... 47 cc.
Urée 17,5	Urée ..... 21 cc
Chlorures 7,78	Chlorures 9,53
P. S. P. ..... 35 %	P. S. P. ..... 50 %

(Pr VAURS.)

Opération le 16 Décembre 1938

Anesthésie générale Evipan, puis Ether

Chirurgien : Dr Arnal.

Aide : Gaillard.

Incision lombaire gauche. Les plans musculaires incisés on tombe sur une gangue très indurée qui correspond topographiquement à l'atmosphère périrénale, mais qui est très adhérente. On a beaucoup de mal à retrouver les plans de clivage. La 12e côte est reséquée pour donner du jour et on arrive alors seulement, vers le pôle supérieur, à isoler le rein qui apparaît enserré dans sa loge graisseuse transformée en une capsule lardassée, très indurée. On arrive à libérer le rein et le bassinet en totalité en réséquant par clivage et morceau par morceau cette capsule scléreuse qui s'étend uniformément sur toute la surface rénale. Au fur et à mesure que le rein est décortiqué, il apparaît avec sa capsule propre absolument intacte. Cependant au pôle inférieur la gaine de sclérose est très adhérente et on ne peut libérer le rein à ce niveau qu'en lésant la capsule vrai, le plan de clivage n'existant plus. Le rein ainsi entièrement libéré apparaît gros, rouge, de consistance normale et revêtu de sa capsule propre. Au pôle inférieur on remarque, au niveau où le clivage n'a pas été possible, une zone contuse pouvant être interprétée comme un abcès cortical du volume d'une cerise. Fermeture particlle. Drain.

Dès le lendemain de l'intervention la température commence à monter. Le cinquième jour du pus abondant et crémeux s'écoule par la cicatrice. On fait sauter quelques points. La suppuration continue pendant quelques jours abondante, puis la température tombe et la plaie se ferme en un mois environ.

L'examen bactériologique et la culture du pus ont montré du staphylocoque doré (Pr Vaurs).

De plus, la culture bactériologique d'un fragment de capsule adipeuse sclérosée prélevé avec aseptie a donné également du staphylocoque doré (Pr Vaurs).

Un fragment de la gangue périrénale a été examiné au point de vue histologique :

« Inflammation subaiguë du tissu adipeux. Type lymphoplasmocytaire. Absence de tuberculose. Pas de néoplasie maligne. » (Pr Limousin).

Une pyélographie faite à la guérison montre un bassinet normal (fig. 6) avec des calices se projetant sous une incidence un peu différente, de celle du premier cliché.

Cette observation suscite les remarques suivantes :

1° Au point de vue diagnostic. Au début, la symptomatologie a pu faire naître l'idée de phlegmon périnéphrétique ; c'est vraisemblablement la période où l'abcès cortical s'est rompu. Avec le repos tous les signes s'estompent. A cette période un examen complet avec radiographie après opacification, a pu, sinon faire poser le diagnostic, du moins indiquer l'intervention. Enfin l'hématologie apportait un appoint qui n'a pas dans ce cas déterminé le diagnostic de périnéphrite, mais qui a au moins un intérêt rétrospectif et pourra à l'avenir étayer le diagnostic radiologique et le préciser.

2° Au point de vue radiographie. L'image pyélocalicielle est superposable à celle de l'observation I. Mais ici un deuxième examen à quelques jours d'intervalle a été fait parce que c'était le seul élément en faveur d'une intervention immédiate et il fallait être sûr qu'il ne s'agisse pas d'un artefact.

3° Au point de vue opératoire. Ici l'affection était à un stade moins avancé que dans l'observation I ; la périnéphrite commençait à adhérer de toutes parts, mais il a

été encore possible de retrouver un clivage. Nous remarquerons qu'au cours de l'intervention, la loge rénale a été traumatisée pour libérer le rein et le décortiquer ; nous avons pu détruire les barrières, disséminer et réveiller l'infection, ce qui a produit l'abondante suppuration post-opératoire. Il est à peine besoin à ce sujet de souligner l'intérêt qu'il y a à constater l'identité des germes trouvés dans ce pus et dans cette gangue de périnéphrite exempte de suppuration à l'intervention. La gangue contenait en sommeil du staphylocoque doré dont la virulence a pu être brusquement exhaltée.

CHAPITRE V

LA FRÉQUENCE DES FORMES LIGNEUSES

Quelle est la fréquence de ces formes ligneuses et quelle est leur place dans les variétés cliniques du phlegmon périnéphrétique ? Ce sont là deux questions que l'on peut se poser avec curiosité.

***

Les grands traités font peu de place aux formes ligneuses des phlegmons périnéphrétiques et même le plus souvent ne les mentionnent pas du tout.

Certes, la réaction inflammatoire périrénale est bien connue au cours de diverses affections infectieuses du rein. Nombreux sont les auteurs qui l'ont notée au cours de leurs interventions. Motz la note une fois sur quatre en cas d'abcès du parenchyme rénal ; mais c'est là une complication accessoire.

Un abcès cortical ou tout autre mode d'infection

périrénale donne une flambée fébrile, pouvant passer inaperçue, vite éteinte en tous cas. Ensuite, la périnéphrite plus ou moins latente cliniquement va évoluer pour son propre compte, de façon insidieuse, à froid en quelque sorte.

C'est cette évolution autonome et progressive de l'inflammation ligneuse qui nous apparaît comme un fait intéressant.

Si la périnéphrite dans ce cas peut être considérée au point de vue pathogénique comme la simple complication d'un abcès cortical ou d'une bactériémie, il n'en est plus de même au point de vue clinique. C'est une véritable affection autonome, qui occupe le premier plan dans l'histoire du malade, et a droit à une individualité clinique vis-à-vis de laquelle un abcès du cortex ou une bactériémie qui eux, n'auront pas eu de phase clinique, font figure de simple étiologie.

Il y a donc lieu de distinguer la périnéphrite banale, réaction accessoire au cours d'une suppuration nettement évidente du parenchyme rénal (exemple l'observation rapportée au chapitre I), de la périnéphrite maladie qui a droit à une description clinique bien particulière et qui constitue le phlegmon périnéphrétique ligneux.

Le phlegmon ligneux a un aspect clinique que nous avons essayé de préciser, et qui est encore mal connu parce que de constatation relativement rare à son stade de début, mais caractérisé avant tout, par l'étendue de la réaction périrénale et la longueur de l'évolution. C'est ainsi que dans notre observation du chapitre I, on ne peut pas parler de phlegmon ligneux en dépit de la périnéphrite concomittante qui est bien accessoire. En effet, les abcès du parenchyme occupent le premier plan, notre malade et frappé localement par un microbisme massif qui réagit brutalement sur l'organisme et précipite une évolution rapide.

***

Dans les publications françaises nous avons pu noter quelques observations se rapportant à des phlegmons ligneux périnéphrétiques, ayant une entité clinique telle que nous venons de la souligner.

M. Pasteau en a rapporté deux cas dont l'origine intestinale était évidente. En voici le résumé :

Le premier malade a des antécédents très nets et remontant à plusieurs années d'infection intestinale avec une localisation appendiculaire non opérée deux ans avant la périnéphrite. A l'occasion d'un état digestif comme il en présente de temps à autre, le malade fait un crochet fébrile à 39° et avec un régime strict redescend à 37°. En même temps il se produit une localisation rénale droite. M. Pasteau constate dans l'hypochondre droit, une masse importante, à limites nettes en dehors et en bas ; « cette masse de consistance égale paraît un peu irrégulière comme surface... Elle se prolonge en haut sous les côtes et ne se dégage pas dans les mouvements respiratoires ; en bas elle arrive au niveau de la ligne qui passe par l'ombilic ; en dedans, elle atteint presque la ligne médiane... Le malade étant couché sur le dos, on arrive à faire ballotter le tout, si bien qu'on a la sensation d'un rein augmenté de volume et présentant quelques petites bosselures antérieures ». Un traitement de l'infection intestinale est prescrit. Un mois après, la température se maintient à la normale et la masse régresse de façon importante.

Cette observation est intéressante non seulement par l'étiologie de l'inflammation périrénale, mais aussi par les résultats donnés par le traitement médical.

Le deuxième malade de M. Pasteau est encore plus instructif parce qu'il y a eu intervention chirurgicale.

Il s'agit d'un malade de 18 ans, avec lui aussi des

antécédents d'infection intestinale et une appendicite aiguë opérée à froid 4 ans auparavant. A l'occasion d'un état infectieux avec manifestations digestives, la température monte à 40°, puis avec le régime redescend. A la suite d'un écart d'alimentation, la fièvre reprend et on constate une tuméfaction très nette au niveau de l'extrémité inférieure du rein gauche. Cette masse augmente et se confond avec le rein lui-même ; « elle s'avance largement en dedans, semble tenir en haut, arrive en bas jusqu'au niveau de l'ombilic, elle ne se mobilise pas complètement avec les mouvements respiratoires, mais le ballottement antéro-postérieur est très net... Pas d'œdème, ni de rougeur... ». M. Pasteau en collaboration avec M. Michon intervient : « une incision lombaire fait découvrir une vaste masse de périnéphrite qui s'étend sur les deux faces du rein... le rein est fendu jusqu'au bassinet ; pas de rétention rénale ». Le rein est refermé et la masse ligneuse périrénale est dissociée ; les opérateurs trouvent quelques noyaux de pus disséminés et surtout un trajet purulent qui mène sur le colon iliaque qui présente une perforation comme le pouce qui est suturée. Guérison.

L'auteur souligne combien l'évolution s'est faite lentement dans ces deux observations ; sans la fièvre provoquée par l'état intestinal — l'infuence de régime en témoigne — l'évolution aurait été absolument torpide. M. Pasteau appelle l'attention sur la formation de cette périnéphrite rare, se développant lentement, sans œdème et pouvant persister très longtemps sans amener la formation d'un abcès proprement dit.

***

La question des phlegmons périnéphrétiques ligneux a donné lieu à un échange de vues à propos de la commu-

nication d'une observation de M. Bonneau rapportée par M. Papin à la Société Française d'Urologie. Voici le résumé de l'observation de M. Bonneau :

Il s'agit d'un malade de 39 ans, qui a des antécédents de furonculose. On constate une masse volumineues dans la région lombaire et le flanc droit. *Pas de fièvre.* Urines claires. M. Bonneau intervient par une incision de Bazy et tombe sur une masse dure comme du marron d'Inde formant un énorme bloc au milieu duquel il est impossible d'isoler le rein. L'opérateur passe par le péritoine libre, décolle le duodénum et l'angle colique droit et découvre la même masse dure dont il pratique l'exérèse en un bloc avec ligature du pédicule rénal. La pièce a été examinée au point de vue histologique par M. Rubens Duval ; cet examen a montré un rein touché par la sclérose, l'atmosphère graisseuse périrénale atteinte de phlegmon ligneux, des débris de capsule surrénale, *des muscles en dégénérescence graisseuse et atrophique ;* nulle trace de tuberculose.

M. Papin insiste sur la rareté de ces infiltrations ligneuses en dehors de toute tuberculose et de lithiase.

M. Marion intervient dans la discussion et a observé un cas analogue qui simulait un cancer. Pour lui, ces formes ne sont pas extrêmement rares.

M. Legueu les juge exceptionnelles et émet l'opinion que, même s'il n'y a pas de pus, le drainage peut être un facteur de résolution.

***

A propos de l'étude radiologique, nous avons dit un mot de l'observation rapportée récemment à la Société d'Urologie par M. Louis Michon. Elle nous paraît des plus suggestives et montre, elle aussi, que la périnéphrite ligneuse a droit à une description clinique. Nous donnerons cette observation telle qu'elle a été communiquée à la Société d'Urologie :

« Je suis appelé auprès d'un malade que l'on me dit porteur d'un rétrécissement ; à l'occasion d'une dilatation, il fait un accès de fébrile ; son rein gauche est très volumineux et très dur ; mais la **température est revenue à la normale** ou à son voisinage et les urines sont claires.

Pensant à une infection rénale consécutive au rétrécissement, je demande un double cathétérisme urétéral et une pyélographie rétrograde. Des deux côtés, je recueille une urine non purulente ; du côté gauche, la pyélographie indique une **amputation complète du calice inférieur.** Devant cette absence d'infection et devant cette image pyélographique, j'abandonne mon premier diagnostic pour celui de tumeur rénale. Pratiquant alors une lombotomie exploratrice, je trouve un rein adhérent de toutes parts et après avoir fait une biopsie, je referme la paroi. Le laboratoire me répond qu'il ne trouve pas trace de néoplasme dans la biopsie. Deux ou trois jours après une suppuration abondante s'établit ; la plaie lombaire est ouverte à nouveau et la guérison est progressivement obtenue ; aujourd'hui, un an après, le malade est parfaitement guéri. Voici donc un nouveau cas d'amputation calicielle par une lésion purement inflammatoire : abcès du rein sans doute avec phlegmon ligneux périrénal ».

***

Il nous paraît à peu près certain que si les observations de phlegmons ligneux ne sont pas plus nombreuses, cela tient à la pauvreté des signes cliniques qui n'appellent pas impérieusement une pyélographie et ne suscitent pas une intervention chirurgicale précoce permettant de constater l'infiltration périrénale. En l'absence d'examen radiologique, seule la constatation d'une masse lombaire peut faire le diagnostic, or, nous avons vu combien ce signe passe souvent inaperçu.

Nous pensons que la marche particulièrement lente de certains phlegmons périnéphrétiques, évoluant sans

fièvre et coupés de rémissions, est conditionnée par une longue phase d'infiltration ligneuse. C'est cette phase qui déroute le médecin, faisant porter tous les diagnostics : appendicite, colite, cholecystite, lumbago, empêchant de penser qu'il s'agit d'un « rein ». Le diagnostic ne s'impose souvent que lorsque le pus est enfin formé.

L'observation d'un malade de M. Marion est typique : ce malade fait une chute de cheval et se fracture partiellement le rachis. Au bout de trois ans, les douleurs à prédominance droite augmentent et l'état général commence à décliner. La température est normale. On perçoit un plastron lombaire dur. Le malade avait un abcès sus-rénal avec une coque très épaisse qui est drainé dix mois après la recrudescence des douleurs.

Voici une observation que notre maître, le Professeur Dionis du Séjour a bien voulu nous communiquer. Il s'agit d'un phlegmon périnéphrétique dont l'évolution d'une année environ a été coupée de rémissions et dont en l'absence de pyélographie le diagnostic n'a pu être fait qu'à la dernière phase où tous les signes d'une collection périrénale étaient au complet :

OBSERVATION III

M. J.., 23 ans.

Ce jeune homme aurait été pris vers le 14 Février 1925, de douleurs dans le côté droit, surtout dans la région lombaire avec irradiations dans le membre inférieur correspondant. Au début du mois de Mars, la température oscille entre 39° et 40°. Son médecin traitant pense d'abord à de la pleurite, puis aurait constaté l'existence d'une grosseur dans la région lombaire qui lui ferait penser à un phlegmon périnéphrétique post-grippal.

Pas d'antécédents, sauf une crise appendiculaire sans intervention en 1922.

Le malade entre en clinique le 20 Avril 1925. Etat général mauvais. On constate un certain amaigrissement. Température 38°. Au palper, la fosse lombaire est absolument normale, par contre, on note un Mac-Burney très nettement douloureux. Les poumons sont normaux. On glace.

Les examens successifs confirmant une réaction appendiculaire, on se décide à intervenir.

Opération le 9 Mai 1925

Rachianesthésie.

Chirurgien : Pr Dionis du Séjour

Incision de Jalaguier. Appendice facilement extériorisé, sans adhérences très marquées. Appendicectomie ; enfouissement du moignon. Pas de ganglions. Epiploon intact. Fermeture.

L'examen de l'appendice montre dans sa lumière, vers la pointe, une petite tumeur dont l'examen histologique n'a pu être pratiqué.

Le malade sort en bon état le 25 Mai.

Il est revu au début de Juillet ; son état général s'est amélioré, mais le malade reste maigre. On note qu'il étend difficilement sa cuisse sur le bassin, cependant il ne se plaint d'aucune douleur, même pas à la marche.

Le malade est perdu de vue, puis il revient fin Janvier 1926, et on peut alors constater tous les signes cliniques d'une

collection périrénale qui est évacuée. Amélioration rapide de l'état général.

Cette observation est intéressante à plus d'un point de vue :

1° D'abord par le début où les signes cliniques ont pu faire penser à un phlegmon périnéphrétique. Puis tout rentrant dans l'ordre avec le repos, un point appendiculaire étant mis en évidence sans aucun signe lombaire, on est obligé d'abandonner le premier diagnostic pour celui d'appendicite, et de fait on trouve une tumeur appendiculaire.

2° L'évolution a été assez longue : un an environ, coupée de périodes de rémissions où le malade ne souffrait plus, restant simplement amaigri.

3° En l'absence de pyélographie, qui n'était pas pratiquée à cette époque, on a dû attendre l'ensemble des signes classiques. Une intervention précoce aurait sans doute mis en évidence un stade ligneux.

***

Evidemment, comme nous le faisions remarquer en étudiant l'anatomie pathologique, on ne peut suivre de visu sur un même malade, l'évolution de la périnéphrite, depuis le début jusqu'à sa phase de suppuration. On ne peut donc déduire mathématiquement que les formes lentes passent à leur début par une phase ligneuse. Cependant les considérations tirées des observations que nous rapportons, permettent de l'avancer en toute objectivité. En effet, l'observation de M. Louis Michon et notre observation II montrent en particulier que la masse ligneuse dont le caractère inflammatoire est incontestable, ainsi qu'en font foi les examens de laboratoire, est un abcès en puissance et peut suppurer ; et on peut pen-

ser que cette suppuration qui s'est déclenchée quelques jours après l'intervention n'aurait eu lieu que des mois plus tard, si le traumatisme opératoire n'était survenu pour disséminer le microbe, exhalter sa virulence et accélérer l'évolution.

D'autre part, dans ces cas de phlegmons évoluant sur plusieurs mois, on peut difficilement concevoir la formation précoce du pus qui resterait ainsi latent, localisé, avec un minimum de signes locaux et généraux pendant une si longue période. Une collection purulente ne s'accorde pas d'aussi longs délais pour manifester sa présence d'une façon ou d'une autre. Au contraire, la réaction ligneuse par son caractère subaigü, torpide, permet de comprendre pourquoi les phlegmons périnéphrétiques peuvent évoluer avec une telle lenteur, sans l'apparence d'un processus aigü.

Il nous semble donc que les phlegmons périnéphrétiques à marche très lente passent à leur début par un stade ligneux, stade qu'une opération précoce a permis de découvrir de temps en temps et qui doit être décelé plus souvent lorsqu'on en connaîtra mieux les manifestations cliniques et radiologiques.

CHAPITRE VI

TRAITEMENT

Nous ne nous étendrons pas sur le traitement chirurgical. L'exerèse en bloc peut être fort difficile; d'autre part, si le cancer a été éliminé, on ne peut pas sacrifier un rein qui fonctionne bien ou qui pourrait recouvrer son fonctionnement normal. Reste la possibilité de faire une biopsie ou d'essayer de décortiquer le rein, mais alors on risque le suppuration.

Le diagnostic précoce doit permettre au contraire de profiter du temps laissé libre par la réaction ligneuse avant de s'abcéder pour essayer un traitement médical.

Bien entendu, il importera de traiter d'abord si on peut la découvrir, l'infection qui a donné naissance à la périnéphrite ; pyodermite, état intestinal, etc...

Nous pensons que la vaccinothérapie, l'anatoxinothérapie peut être dans les cas où le staphylocoque est supposé en cause, sont capables, sinon d'amener la résolution, du moins d'être d'utiles adjuvants. Les sulfamides qui prennent tous les jours un essor nouveau, nous réservent peut-être ici aussi les meilleurs résultats.

Nous voudrions insister surtout sur le traitement par les rayons X. La radiothérapie des inflammations a un champ qui s'élargit de jour en jour et l'on sait combien son action est particulièrement puissante sur les foyers inflammatoires à leurs débuts.

Nous avons dit que les manipulations opératoires nous paraissaient avoir hâté la suppuration dans notre cas II. Au contraire, dans l'observation I, la biopsie simple, sans essayer de cliver, ce qui paraissait impossible, n'avait pas déterminé de suppuration, Ensuite nous avons assisté à un résultat des plus brillants acquis par la radiothérapie.

L'idéal serait de faire un traitement radiothérapique sans lombotomie. Malheureusement, même en présence des pyélogrammes les plus nets, il arrivera que l'on ne pourra pas se prononcer entre phlegmon ligneux et cancer. Aussi on aura deux alternatives : ou bien faire de la radiothérapie et suivre attentivement l'évolution de l'affection en se tenant prêt à faire une exploration sanglante s'il n'y a pas une amélioration franche et rapide ; ou bien faire une lombotomie exploratrice avec simple biopsie et sans manipulations inutiles avant d'instituer le traitement radiothérapique. Dans tous les cas, la roentgenthérapie devra être entreprise précocement pour gagner de vitesse la suppuration, surtout si une lombotomie a été pratiquée.

CONCLUSIONS

On doit éliminer de la description du phlegmon périnéphrétique ligneux les réactions périrénales consécutives à des inflammations chroniques des reins et qui ne sont pas de véritables phlegmons en puissance. De même, on doit laisser de côté la réaction périrénale qui est communément observée au cours des interventions pour une suppuration aiguë du parenchyme rénal ; cette réaction n'est que l'accessoire au milieu d'un tableau clinique qui n'est pas du tout le sien.

Le phlegmon ligneux périnéphrétique apparaît comme une affection nettement autonome.

Sur le plan anatomo-pathologique, on constate une réaction inflammatoire subaiguë de la capsule adipeuse qui devient ligneuse et dans laquelle on peut mettre en évidence un microbe; en même temps, le processus prend un caractère extensif et déborde sur les parois de la loge rénale.

Les symptômes cliniques reflètent le caractère torpide de la lignification : pas de signes généraux, peu de signes locaux, tant que le phlegmon n'a pas pris trop d'extension ou n'est pas abcédé. Une indication précieuse, mais non pathognomonique sera donnée par la pyélographie qui montrera souvent un défaut dans l'opacité de l'image pyélo-calicielle : compression, parfois même amputation.

L'évolution s'étendant sur des mois, achèvera de

donner une physionomie bien spéciale au phlegmon ligneux.

Porter le diagnostic de plegmon ligneux, c'est faire un diagnostic précoce de phlegmon périnéprétique à marche très lente. En effet, le phlegmon périnéphrétique à marche lente traverse une longue phase ligneuse. La réaction particulière de la graisse périrénale explique cette évolution silencieuse. L'allure longtemps torpide de l'affection ne serait pas compatible avec une collection suppurée qui se manifesterait autrement bruyamment et sans délais. Si ces formes lentes ne sont pas reconnues plus souvent comme étant des phlegmons ligneux, cela tient à l'intervention tardive qui montre une simple collection avec coque épaisse.

Il y a avantage à diagnostiquer le phlegmon périnéphrétique lent dès sa phase ligneuse, non seulement pour intervenir de façon plus précoce, mais aussi et surtout pour envisager un traitement médical et radiothérapique qui aura le temps d'agir avant que le pus ne se forme.

Vu :

Le Président du Jury :

J. CASTAIGNE.

Le Doyen de la Faculté de Médecine de Strasbourg :

Signé : A. FORSTER.

Vu et permis d'imprimer :

Clermont-Ferrand, le 19 Octobre 1939.

P. le Recteur d'Académie de Strasbourg :

A. FORSTER,

Vice-Président du Conseil de l'Université.

BIBLIOGRAPHIE

ALBARRAN. — Thèse. Paris, 1889.

BAINROUSKI. — Pathogénie, diagnostic et thérapeutique des abcès périnéphrétiques. — (Polska Baz Lekarska, N° II, 1930, 211.)

BARGE et LARRAUD. — Abcès du rein. Intervention. Guérison. Images pyélographiques avant et après intervention. — Soc. Franç. d'Urologie, Séance du 24 avril 1939. In Journal d'Urologie. Tome 48, Juillet 1939, p. 66.

BONNEAU. — Phlegmon ligneux périnéphrétique. — Soc. Franç. d'Urologie, 8 Décembre 1924. M. Papin, rapporteur.

BREUER. — La valeur du pyélogramme respiratoire pour le diagnostic des abcès paranéphrétiques. — (Zentral fur Chirurg. Leipzig, N° 12, 20 Mars 1937.)

BUGBEE. — Périnéphrite et abcès périnéphrétiques. — (Am. J. of Surg. Novembre 1934.)

CASTAIGNE (J.). — Maladies des reins. — Poinat, éditeur, 1921.

CHABANNIER (H.) et PORIN (J.). — Périnéphrite de nature tuberculeuse probable. — Soc. Anatomique, 6 Avril 1933.

CHEVASSU (M.). — Phlegmon périnéphrétique ; immobilité rénale démontrée par l'urétéro-pyélographie rétrograde. — Soc. de Chirurgie, 29 Mars 1933.

CHOPART. — Traité des Maladies des voies urinaires. — Paris 1821.

CLEICZ. — Thèse. Paris, 1918.

DANIEL (G.). — La roentgenthérapie anti-inflammatoire. — Journal de Radiologie, Août 1938, 22, N° 8.

DICKINTON. — Abcès périnéphrétiques. — (Am. J. of Surg. Novembre 1934.)

DRUCKER. — Les abcès périnéphrétiques. — (Polska gazeta Lekarska, 6 Août 1936, p. 702.)

DUVERGEY. — Un cas de périnéphrite syphilitique. — XXVIIIe Congrès Franç. d'Urologie, Paris, 9-13 octobre 1928.

FRANÇOIS. — Abcès périnéphrétiques diagnostiqués par la radiographie. — (J. Belge d'Urologie, IV, N° I, Février 1932.)

FÉRON. — La périnéphrite primitive. — Thèse. Paris, 1860.

GANEM. — Thèse. Paris, 1929.

HALLÉ (Ch.). — Des phlegmons périnéphrétiques. — Thèse. Paris, 1863.

HAYASHI. — Death perinephretic abcess after pyelography. — (Japan M. World. 9 : 277-280, Septembre 1929.)

HUGUIER (J.). — Phlegmon périnéphrétique. — In Encyclopédie Médico-Chirurgicale, Rein. Fascicules 18.079-18.080.

JEANBRAU (E.). — Pathologie urinaire, in Précis de Pathologie Chirurgicale, Tome V. Masson, éditeur, 1937.

JUNKER. — Pathologie et clinique de la suppuration paranéphrétique ; diagnostic pyélographique. — Bruns'Beiträge Zur Klinische Chirurgie, 24 Juillet 1935, p. 93.)

LAHAYVILLE (Ch.). — Phlegmon périnéphrétique et radioscopie diaphragmatique. — Soc. de Chirurgie de Marseille, Fév. 1932.

LEGUEU. — Traité d'Urologie.

MATHÉ (Ch. P.). — Un signe nouveau de diagnostic du phlegmon périnéphrétique. — Journal d'Urologie, 10-1935, p. 92.

MATHEY-CORNAT (M. R.). — Sur la roentgenthérapie anti-inflammatoire et principalement ses résultats cliniques. — Presse Médicale, 12 Avril 1939, N° 29.

MARION (G.). — Traité d'Urologie, 3e édition. — Masson, éditeur, 1935.

MARSAN. — Thèse. Paris, 1910.

MICHON Louis. — Communication d'un cas de phlegmon périnéphrétique ligneux à propos de la communication de MM. BARGE et LARRAUD. — Soc. Franç. d'Urologie. Séance du 24 Avril 1939. In Journal d'Urologie, Tome 48, Juillet 1939, p. 72.

Motz. — Thèse. Paris, 1932.

Pasteau (O.). — Phlegmons périnéphrétiques d'origine intestinale. — XI[e] Session de l'Association Française d'Urologie. Paris, Octobre 1908. Procès-verbaux, Mémoires et Discussions, p. 409, Doin, éditeur.

Pasteur Vallery-Radot. — Maladies des Reins. — Précis de Pathologie Médicale. Masson, éditeur, 1932.

Rathery et Froment. — Maladies des Reins. — Bibliothèque du Doctorat en Médecine. Baillère, éditeur, 1935.

Boyer. — Traité des Maladies des reins, Paris 1839.

Shane (J. H.) et Harris (M.). — Diagnostic radiologique des abcès périnéphrétiques. — (The Journal of Urol. Juillet 1934. In Journal d'Urologie, N° 1, 1935.)

Surmont (J.) et Le Goff (P.). — Les bases de la Roentgenthérapie des affections inflammatoires. — Presse Médicale, 18 Oct. 1939, N° 77, p. 1.417.

Trousseau (A.). — Clinique Médicale de l'Hôtel-Dieu, Tome III, Baillière, éditeur, 1902.

Wolfromm et Busy. — Appoint fourni par la néphro-pyélographie intraveineuse au diagnostic de phlegmon périnéphrétique. — Soc. Franç. d'Urologie, 20 Février 1933.

TABLE DES MATIÈRES

Avant-propos 17

Chapitre I

Pathogénie. Anatomie pathologique 19

Chapitre II

Etude clinique 27

Chapitre III

Etude radiologique 33

Chapitre IV

Deux observations de phlegmons périnéphrétiques ligneux 41

Chapitre V

La fréquence des formes ligneuses 53

Chapitre VI

Traitement 63

Conclusions 65

Bibliographie 67